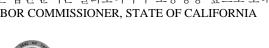
Direct any correspondence to / 모든 답변 문서는 캘리포니아 주 노동청장 앞으로 보내시오. LABOR COMMISSIONER, STATE OF CALIFORNIA





RETALIATION COMPLAINT 대응 고소장

FOR OFFICE USE ONLY/이 난은 기입하지 마시오.

OK OFFICE OOL O	INL I/ L	1 L / I F	997171712.	
TAKEN BY	DATE		OFFICE	
111111111111111111111111111111111111111	D.112		GITTEL	
VIOLATION OF SECTION		NAME	OF CODE	-
VIOLATION OF SECTION		NAME	JI CODE	
ASSIGNED INVESTIGATO	R I	CASE N	UMBER	

DI	т. л	CD	DDIA	TT A	тт	INFORMATION	/ 거기 =	기이귀치수
ы	+A	SH.	PRIN	J'I' A		INFORMATION	/ 전 사 도	기양하시요

PLEASE PRINT ALL INF	OKMATION	/ 경기도	- 기 ㅂ이 시 조.					
NAME / 이름						HOME TELEPI 집 전화 번호	HONE NO.	CURRENT WORK PHONE NO. 현 직장 전화 번호
YOUR ADDRESS – NUMBER A 귀하의 주소 – 번지, 거리 이름, 여								
SEX / 성별	SOCIAL SECU	JRITY NO.	/사회보장 번호			A DRIVER LICEN 운전 면허 번호	NSE NO.	DATE OF BIRTH 생년월일
NAME OF BUSINESS / 비즈니스	그 이름				MPLOYER' 고용주 이름	'S NAME		☐ CORPORATION / 주식회사 ☐ PARTNERSHIP / 합명회사 ☐ SOLE OWNER / 독점 소유
ADDRESS OF BUSINESS – NUM 사업체 주소 - 번지, 거리 이름, 시], 우편번호		,					TELEPHONE NUMBER 전화번호
ADDRESS WHERE YOU WORK		NT THAN .	ABOVE / 위에 명시된 직	장 외에 근무형	했던 다른 직			DATE OF HIRE? 근무 시작 날짜
YOUR DEPARTMENT AND JOE 귀하의 근무 부서와 직위	3 TITLE		RATE OF PAY /임 \$		간당 s	근무시간 수	IOURS WORKE]당 □ PER WE	
NAME OF SUPERVISOR / 감독	자 이름	TYPE OF	F BUSINESS / 비즈니스 퀸	중류			UMBER OF EM	
WAS YOUR JOB UNION / 귀하의 소속되어 있었습니까?			IF YES, NAME AN 예 일 경우, 조합의] 이름과 주소				TELEPHONE / 전화번호
WERE YOU DISCHARGED? 귀하는 해고 되었습니까?	IF YES – DAT 예 일 경우 - 닐		BY WHOM? NAME AND 구구에 의해서 해고 되었던		박 직위			G FOR THIS EMPLOYER? 위해 일하고 있습니까?
□ YES/예 □ NO/아니오						☐ YES /예		
DID YOU NOTIFY YOUR EMPL COMMISSION? 귀하는 귀하의 고용주에게 귀하			· - - - - - - - - - - - - - - - - - - -			– DATE 우 - 날짜		ITLE OF PERSON NOTIFIED? }람의 이름과 직위
DID YOU FILE A SAFETY COM 귀하는 작업장의 안전에 대해 정 □ YES /예 □ NO / 아니오		급니까?	IF YES – DATE 예일경우 – 날짜			E AND ADDRESS 사? – 이름 과 주소		
DID YOU NOTIFY OSHA? 귀하는 직업안전위생관리국에 특 □ YES /예 □ NO / 아니오	통보했습니까?		IF YES – DATE 예일경우 – 날짜	WHICH OF	FICE? / 어그	= 사무실에 통보	했습니까?	
NAME AND TITLE OF PERSON 귀하가 생각하기에 귀하를 차별								
WHAT REMEDY ARE YOU SEE 이 분쟁을 통해 어떤 조치가 내려			VISION?					
HAVE YOU FILED WITH ANY 다른 단체나 기관에 소송 제기 서				□ NO / o	나 오		YES, WHICH OF 무실입니까?	FICE? / 예 일 경우, 어느
ARE YOU BEING REPRESENTE	ED BY AN ATTO	ORNEY? / 7	귀하는 변호사의 도움을 '	받았습니까?			☐ YES /	예 □ NO/아니오
NAME / 이름			ADDRESS / 주소				TELEPHONE /	 전화번호

LIST NAME, JOB TITLES AND TELEPHONE NUMBER (IF POSSIBLE) OR WITNESSES, CO-WORKERS OR THOSE YOU FEEL COULD PROVIDE EVIDENCE IN YOUR SUPPORT TO THE ACTS YOU ARE COMPLAINING ABOUT. USE ADDITIONAL SHEETS.

증인, 직장 동료 및 그 밖에 귀하의 주장을 지지하고 귀하의 편에 서서 유리한 증언을 해 줄 수 있는 사람들의 이름, 지위, 그리고 전화번호(가능하다면)를 적으시오. 필요 시 별지를 사용하시오.

STATE OF CALIFORNIA DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS DIVISION OF LABOR STANDARDS ENFORCEMENT

어떤 일이 일어 났는지 쓰시오. 필요하다면 별지를 첨부할 수 있습니다. 해고 당시 또는 불공평한 행위가 발생했을 당시의 상황을 설명하시오. 귀하가 생각하기에 어떤 종류의 차별대우가 발생했는지 지적하시오. 귀하의 고용주가 귀하에게 한 특정 행동을 묘사하고 왜 그것이 차별 행위라고 느꼈는지 쓰시오

- 위에 진술한 내용이 진실되고 정확함을 보증하며 만약 위증일 경우 캘리포니아 주 법에 의	
생날짜 장소 	 해 처벌 받겠습니다. 캘리포니 ㅇ

별지가 사용되었을 경우 각각의 종이에 귀하 성명의 첫 글자(이니셜), 날짜, 페이지를 기입하시오. DECLARATION / 성명서